|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 修学資金加算申請書  年　　月　　日  　愛知県知事　殿  住　所  氏　名  年　　月　　日生  　愛知県地域医療確保修学資金貸与条例第３条第２項の規定により、下記のとおり、修学資金の貸与額への加算をしてください。  記 | | | | | | | | | | |
| 受けようとする加算額 | 月額　　　　　円 | | 加算を受けようとする期間 | | | 年　　月から  　　　　年　　月まで  （計　　箇月） | | | | |
| 在学している大学の学部 | 名称 |  | | | 入　学 年月日 | 年 月 日 | | 学年 | |  |
| 所在地 |  | |  | |  |  | |  | |
| 将来、指定医療機関において診療業務に従事する意思を有する診療科及び当該診療科を選択する理由 | 診療科名 |  | | | | | | | | |
| 選択する理由 |  | | | | | | | | |

様式第３（第１条関係）

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。